



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA A ATRIBUIÇÃO DO GRAU  
DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO  
EM MEDICINA**

**Mariana Jorge de Oliveira Costa**

***“COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA E DE  
DOENÇA E PERSONALIDADE”***

**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA,  
ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**Professor Doutor António Macedo**

**Doutora Ana Telma Pereira**

**FEVEREIRO DE 2016**

Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugná-la-íamos, se a tivéssemos. O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.

Fernando Pessoa, *Livro do Desassogego*

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

**Comportamento de Procura de Ajuda e de  
Doença e Personalidade**

---

**Mariana Jorge de Oliveira Costa\***

\*Endereço eletrónico do autor: [mariana.jdoc@gmail.com](mailto:mariana.jdoc@gmail.com)



Parte deste trabalho será apresentada sob a forma de Poster ao **24th European Congress of Psychiatry (EPA 2016)**, a realizar-se em Madrid, Espanha, de **12 a 15 de Março de 2016**.

Referência:

Mariana Costa, Ana Telma Pereira, Maria João Soares, Julieta Azevedo, António Macedo (2016). Self-concealment scale: validation of two portuguese versions. *European psychiatry* (in press).

(ver anexo 1)

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
ABREVIATURAS.....	6
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUÇÃO .....	9
MATERIAL E MÉTODOS .....	12
Procedimento e participantes.....	12
Instrumentos .....	14
Análise estatística.....	16
RESULTADOS .....	18
Correlações.....	18
Regressão e mediação.....	22
VD: ECPAD_Total .....	23
VD: Comportamento de saúde e de procura de ajuda .....	23
VD: Saúde e preocupação .....	24
VD: Comportamento de doença .....	25
DISCUSSÃO .....	26
Agradecimentos .....	31
Referências bibliográficas .....	32

## **ABREVIATURAS**

CD – Comportamento de doença

CPA – Comportamento de procura de ajuda

CPAD – Comportamento de procura de ajuda e doença

CSPA – Saúde e procura de ajuda

ECPAD – Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença

EMP – Escala Multidimensional de Perfeccionismo

EOP-10 – Escala de Ocultação pessoal 10

EOP-12 – Escala de Ocultação pessoal (que inclui os itens relacionados com a saúde)

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

IC – Intervalo de confiança

M – Variável mediadora

N - Número

OP – Ocultação pessoal

OPRS – Ocultação pessoal relacionada com a saúde

PAO – Perfeccionismo auto-orientado

POO – Perfeccionismo orientado para os outros

PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito

VD – Variáveis dependentes

VI – Variáveis independentes

## RESUMO

**Introdução:** O Comportamento de Procura de Ajuda (CPA) é influenciado por vários fatores, entre eles a personalidade, tendo sido largamente estudada a sua relação com os *Big Five*. No entanto, mais recentemente têm sido valorizados outros traços de personalidade como preditores dos comportamentos de saúde e de doença, entre eles, o Perfeccionismo, o Otimismo, o Pessimismo e a Ocultação-pessoal, que é um constructo relacionado com o primeiro.

**Objetivos:** (1) Investigar a relação entre CPAD e os traços de personalidade Otimismo, Pessimismo, Perfeccionismo e Ocultação-pessoal (*self-concealment*); (2) Validar a versão preliminar da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD; Macedo & Pereira, 2014); (3) Validar a versão traduzida e adaptada Escala de Ocultação Pessoal (*Self-Concealment Scale*; Larson & Chastain, 1990).

**Materiais e Métodos:** 550 adultos da população geral (60.5% do sexo feminino; idade média  $43.49 \pm 10.565$ ) completaram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991), o Questionário de “Otimismo – Pessimismo 2”, a Perceção de Saúde Física e Saúde Psicológica, a Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença – ECPAD (Macedo & Pereira, 2016) e a Escala de Ocultação-Pessoal (Costa et al. 2016).

**Resultados:** Em relação ao total da Escala de Comportamento e Procura de Ajuda e Doença Total (ECPAD), os preditores significativos foram a Saúde Física, o PAO e a Ocultação pessoal relacionada com a saúde (OPRS). Em relação ao Comportamento de saúde e procura de ajuda, os preditores significativos foram o PAO e a OPRS. As dimensões Saúde física, PSP, PAO, Pessimismo e Guardar segredos foram os preditores de Saúde e preocupação. Do Comportamento de doença, o POO, o Otimismo e a OPRS foram os preditores significativos.

**Discussão:** Os instrumentos mostraram-se fidedignos e válidos. Confirmou-se a relevância do Perfeccionismo, do Otimismo e do OP para o CPAD. As dimensões da OP foram mediadores da relação entre o perfeccionismo e a Saúde e preocupação e da relação entre o Perfeccionismo/Otimismo e Comportamento de doença.

**Palavras –Chave:** Perfeccionismo, Otimismo, Pessimismo, Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Ocultação Pessoal.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Help-seeking behavior (HSB) is influenced by several factors, including personality traits. In this context, its relationship with the Big Five model has been largely studied. More recently, other personality traits have been valued as predictors of health and disease behavior, such as Perfectionism, Optimism, Pessimism and Self-concealment, the later being a construct related with the first one.

**Objectives:** (1) To investigate the relation between Help-seeking and illness behavior (HSIB) and personality factors: Optimism, Pessimism, Perfectionism and Self-concealment; (2) To validate a preliminary version of the Help-Seeking and Illness Behaviors Scale (HSIBS; Macedo & Pereira, 2014); (3) To adapt and validate the Self-Concealment Scale (Self-Concealment Scale; Larson & Chastain, 1990).

**Materials and Methods:** 550 adults from general population (60.5% female; mean age= 43.49-10.565 years) completed the following self-reported questionnaires: Perfectionism Multidimensional Scale (Hewitt and Flett), “Optimism-Pessimism 2”, Self-Reported Health, Help-Seeking and Illness Behaviors Scale (HSIBS; Macedo & Pereira, 2016), and the Self-Concealment scale (Costa et al. 2016).

**Results:** Significant predictors of the total HSIBS were: Perceived physical health, Self-oriented perfectionism (SOP) and Personal concealment related to health (PC\_H). In which respects Health behavior, significant predictors were: SOP and PC\_H. The dimensions of Perceived physical health, Self-prescribed perfectionism, SOP, Pessimism and Keeping secrets were the predictors of Health and worry. Illness behavior was predicted by Others-Oriented Perfectionism, (low) Optimism and PC\_H.

**Discussion:** The instruments proved to be valid and reliable. The role of Perfectionism, Optimism and Self-concealment in the HSIB was confirmed. The SC dimensions were mediators of the relationship between perfectionism/ Optimism and HSIB.

**Key-words:** Perfectionism, Optimism, Pessimism, Help seeking and illness behavior, self-concealment.



## INTRODUÇÃO

O Comportamento de Doença, definido em 1962 por Mechanic <sup>1</sup>, é o modo como o indivíduo percebe, avalia e age em relação a sintomas. Assim, o comportamento de doença constitui uma resposta social e culturalmente aprendida, isto é, o doente responde aos sintomas de acordo com a sua interpretação da situação a qual, por sua vez, é determinada pelo percurso desenvolvimental do indivíduo, o qual é influenciado pelo contexto social e cultural. <sup>2</sup>

O Comportamento de Procura de Ajuda (CPA) é a decisão, por parte de um indivíduo, no sentido de agir em relação a uma perturbação (física e/ou emocional) por ele sentida, sendo que esta ajuda pode ser médica ou não. O CPA pode determinar o diagnóstico e o tratamento adequados, influenciando positiva ou negativamente o prognóstico das doenças. <sup>3</sup> É de notar que, embora o CPA seja influenciado pela natureza dos sintomas, verifica-se uma baixa correlação entre a gravidade dos sintomas e a decisão de procurar ajuda médica. <sup>4</sup>

A procura de ajuda resulta de uma convergência de múltiplos fatores. Para além dos fatores sociodemográficos, culturais e experiências passadas do indivíduo, sabe-se que os fatores psicológicos influenciam consideravelmente o CPA, por afetarem o modo como o doente experiencia e avalia os sintomas, nomeadamente o grau de ameaça que envolvem, que, por sua vez, influencia a sua percepção de stress. <sup>5</sup> Com efeito, vários estudos têm relacionado o CPA com traços de personalidade, principalmente com os *Big Five*. <sup>6, 7, 8, 9, 10, 11</sup>

Recentemente têm sido valorizados outros traços de personalidade para além dos *Big-five* quando se trata de estudar os preditores dos comportamentos de saúde e de doença, nomeadamente o otimismo/pessimismo <sup>12</sup> e o perfeccionismo, o qual constitui

uma dimensão da personalidade que tem vindo a ser objeto de interesse científico crescente.<sup>13</sup>

O perfeccionismo é definido pelo estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhado de uma autoavaliação demasiado crítica<sup>14</sup> e um medo mórbido de falhar<sup>15</sup>. A investigação tem mostrado que este traço da personalidade tanto pode apresentar facetas positivas como negativas, sendo que estas estão etiologicamente associadas a perturbações do ajustamento psicossocial e a diversas condições psicopatológicas<sup>16</sup>. O perfeccionismo negativo difere do positivo na medida em que a sua motivação primária consiste no medo mórbido de falhar, ao contrário do perfeccionismo positivo em que a motivação primária é ter sucesso.

O Otimismo e o Pessimismo são vistos como perspetivas positivas e negativas, não só relacionadas com eventos futuros, mas também com perceções e avaliações presentes, visão positiva ou negativa da vida, respetivamente. Os otimistas tendem a reavaliar o lado positivo das situações e a procurar apoio social, o que se associa a melhor saúde. Pelo contrário, os pessimistas adotam uma postura de evitamento e isolamento e focam a sua atenção nos sentimentos e aspetos negativos da situação, o que se associa ao stresse, e, portanto, a pior saúde.<sup>17, 18, 19, 20, 21, 22</sup>

Numa ótica de valorização da combinação de traços de personalidade no estudo da sua relação com variáveis da saúde<sup>12</sup>, o Perfeccionismo e o Otimismo/Pessimismo começam agora a ser estudados em conjunto. Por exemplo, Chang (2009)<sup>23</sup> demonstrou que níveis de Otimismo e de *Perfeccionismo Auto-Orientado* (dimensão tendencialmente mais adaptativa de perfeccionismo) estão significativamente relacionados e que este contribui para a associação entre o Otimismo e *outcomes* positivos, como bem-estar e autoestima.

Pelo contrário, o Pessimismo e o baixo Otimismo relacionam-se predominantemente com dimensões negativas do Perfeccionismo, sendo mediadores da relação entre Perfeccionismo e Percepção de Stresse.<sup>24</sup>

Um constructo relacionado com o Perfeccionismo é a Ocultação pessoal (OP)<sup>25</sup>,<sup>26</sup> que se define como uma predisposição para esconder ativamente informações privadas, stressantes e potencialmente dolorosas.<sup>27</sup> O único estudo onde já foram analisados, conjuntamente, o perfeccionismo e a ocultação pessoal foi realizado com uma amostra de adolescentes da população geral e focou-se na procura de ajuda em relação a sintomas depressivos. A OP, apesar de se apresentar correlacionada com a sintomatologia depressiva (tal como o perfeccionismo socialmente prescrito/PSP, a dependência e autocrítica)<sup>27</sup>, não estava relacionada com a procura de ajuda. Já no estudo de Kelly et al.<sup>28</sup>, também com estudantes universitários, a OP correlacionou-se com atitudes desfavoráveis em relação à procura de ajuda.

O objetivo deste trabalho consiste em estudar, pela primeira vez, a relação entre o comportamento de procura de ajuda e de doença (CPAD) e os traços de personalidade: otimismo, pessimismo, perfeccionismo e ocultação-pessoal (*self-concealment*).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

### **Procedimento e participantes**

Os participantes (N=550) foram recrutados na população geral e representam uma amostra de conveniência recolhida com a colaboração dos alunos do 3º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC do ano letivo 2014-2015.

O inquérito foi preenchido entre Março e Abril de 2015. 60.5% (n=333) dos participantes eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 31.0% (n=166) eram solteiros, 62.4% (n=343) eram casados/unidos de facto e 5.0% (n=27) eram divorciados/separados de facto.

A idade média foi de 43.49 ( $\pm 10.565$ ) anos, variando de 24 a 78 anos (Tabela 1). A escolaridade média foi de 12.13 ( $\pm 4.373$ ) anos (Tabela 1).

**Tabela 1: Classes etárias e grau de escolaridade**

<b>Classe etária</b>	<b>N (%)</b>
<30	29 (5.3)
31-40	226 (41.3)
41-50	155 (28.3)
51-60	102 (18.6)
61-70	24 (4.4)
>70	11 (2.0)
<b>Grau de escolaridade</b>	<b>N (%)</b>
1ª ciclo EB	47 (9.0)
2º ciclo EB	34 (6.5)
3º ciclo EB	79 (15.1)
Secundário	164 (31.4)
Licenciatura	159 (30.5)
Mestrado/ Doutoramento	39 (7.5)

A distribuição relativa à saúde física e psicológica encontra-se na Tabela 2, na qual pode observar-se que foi muito reduzida a proporção de participantes com má e muito má saúde física (8.8%) e psicológica (6.9%).

**Tabela 2**

	<b>Saúde física N (%)</b>	<b>Saúde psicológica N (%)</b>
Muito má	5 (.9)	11 (2.0)
Má	43 (7.9)	27 (4.9)
Nem boa nem má	148 (27.1)	137 (25.1)
Boa	295 (54.0)	313 (57.3)
Muito boa	55 (10.1)	58 (10.6)

Quanto às profissões, as categorias mais representadas, tendo em conta a classificação portuguesa das profissões (prodata, 2010) (anexo 2), foram especialistas das atividades intelectuais e científicas, com 30% e trabalhadores não qualificados, com 19.0%.

### **Instrumentos**

Os participantes preencheram um inquérito (Anexo 3) contendo questionários de auto avaliação já validados para a população portuguesa, como boas propriedades psicométricas (validade e fidelidade), ou a validar no âmbito deste trabalho.

- **Versão portuguesa do questionário “Optimismo-Pessimismo-2” (Silva et al. 2014)** <sup>29</sup>

Para avaliação do Otimismo e do Pessimismo através de dois itens.

- **Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (Soares et al. 2015)** <sup>30</sup>

A versão portuguesa reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett é composta por 13 itens, para a avaliação das três dimensões: o *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (percepção de que os outros estabelecem padrões excessivamente elevados para si), o *Perfeccionismo Auto-Orientado* (estabelecimento de padrões excessivamente elevados e “motivação perfeccionista” para si próprio) e o *Perfeccionismo Orientado para os Outros* (estabelecimento de padrões excessivamente elevados para os outros).

- **Percepção de saúde (Soares et al. 2012)** <sup>31</sup>

Avaliação de percepção de saúde física e saúde psicológica, através de dois itens: “Em geral, como tem sido a sua saúde física?” e “Em geral, como tem sido a sua saúde psicológica?”, a responder numa escala com cinco pontos que vai desde Muito má (1 ponto) a Muito boa (5 pontos).

- **Versão portuguesa experimental da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença – ECPAD (Macedo & Pereira, 2014).** <sup>32</sup>

Esta escala original foi construída no âmbito deste projeto, para a avaliação do comportamento de procura de ajuda e de doença. Para o desenvolvimento dos itens, seguimos procedimentos teóricos - levantamento de informação relevante acerca dos constructos que se pretendiam avaliar; empíricos - recolha de um conjunto alargado de itens e sua administração à amostra do estudo para a análise quantitativa das respostas; e analíticos - seleção dos itens para a versão pré-final. Esta foi sujeita à apreciação da sua

validade de conteúdo por especialistas reconhecidos na área e por um pequeno grupo de indivíduos com características da população-alvo (método da “reflexão falada”), o que levou a ligeiras reformulações dos itens.<sup>33</sup> A versão final, composta por 17 itens, a responder numa escala Likert de cinco pontos, desde “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos), avalia três dimensões: Comportamento de saúde e de procura de ajuda, Saúde e preocupação e Comportamento de doença. No anexo 3 apresentamos as análises psicométricas deste novo instrumento.

- **Escala de Ocultação Pessoal** (Larson & Chastain, 1990; Costa et al. 2016)<sup>34,35</sup>

Foram utilizadas duas versões deste instrumento, sendo uma delas composta pelos dez itens da versão original de Larson e Chastain (1990), que é unidimensional, isto é, avalia a ocultação-pessoal, e outra que contém dois itens adicionais, especificamente relacionados com a saúde: Item 11. Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim e Item 12. Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim. Esta versão de 12 itens avalia duas dimensões: Guardar segredos e Ocultação pessoal incluindo problemas de saúde. O respondente utiliza uma escala Likert de cinco pontos, desde “Discordo completamente” (1 ponto) a “Concordo completamente” (5 pontos). A análise psicométrica desta escala apresenta-se no anexo 3.



## **Análise estatística**

Utilizou-se o SPSS-Statistics versão 21.0. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. A distribuição das variáveis e o tamanho da amostra/ dos grupos permitiram o uso de testes paramétricos.<sup>46</sup> Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Pearson seguimos o critério de Cohen<sup>47</sup>: .01, baixa; .30, moderada, e .50, elevada. Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla (hierárquica) e de mediação *Bootstrapping*<sup>36</sup>, de forma a estudar em que medida uma variável mediadora (M) medeia parcial ou totalmente a relação entre duas variáveis. Considera-se que há mediação quando o Intervalo de Confiança (IC 95%) não contém zero e contém o valor do efeito indireto.

Nestas foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade e *outliers* (Tolerância, VIF e Durbin-Watson).

## RESULTADOS

### Correlações

**Tabela 3: Coeficientes de correlação entre as dimensões da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD) e a Perceção de saúde, Perfeccionismo, Otimismo/Pessimismo e Ocultação pessoal**

	<b>ECPAD</b>	<b>ECPAD_F1_CSPA Comportamento de saúde e de procura de ajuda</b>	<b>ECPAD_F2_SP Saúde e preocupação</b>	<b>ECPAD_F3_CD Comportamento de doença</b>
SF1 Saúde física	<b>-,199**</b>	<b>-,023</b>	<b>-,343**</b>	<b>-,042</b>
SP2 Saúde psicológica	<b>-,131**</b>	<b>,059</b>	<b>-,288**</b>	<b>-,035</b>
<b>EMP_s_Total</b>	<b>,202**</b>	<b>,265**</b>	<b>,232**</b>	<b>-,136**</b>
PAO Perf. Auto-Orientado	<b>,233**</b>	<b>,308**</b>	<b>,097*</b>	<b>,010</b>
PSP Perf. Socialmente Prescrito	<b>,142**</b>	<b>,140**</b>	<b>,301**</b>	<b>-,159**</b>
POO Perf. Orientado para os Outros	<b>-,071</b>	<b>-,019</b>	<b>,193**</b>	<b>-,325**</b>
OP2_1 Otimismo	<b>-,164**</b>	<b>,016</b>	<b>-,218**</b>	<b>-,103*</b>
OP2_2 Pessimismo	<b>,155**</b>	<b>-,020</b>	<b>,249**</b>	<b>,062</b>
EOP_TOTAL_10 Escala de Ocultação Pessoal-10	<b>,103*</b>	<b>-,095*</b>	<b>,334**</b>	<b>-,047</b>
EOP_SAUDE10_11_12 Escala de Ocultação Pessoal-12	<b>-,127**</b>	<b>-,171**</b>	<b>,126**</b>	<b>-,199**</b>
EOP_GS Guardar segredos	<b>,107*</b>	<b>-,085</b>	<b>,330**</b>	<b>-,040</b>
EOP_OP Ocultação pessoal, incluindo saúde	<b>-,035</b>	<b>-,148**</b>	<b>,227**</b>	<b>-,144**</b>
EOP_11_12 Ocultação pessoal-saúde	<b>-,127**</b>	<b>-,171**</b>	<b>,126**</b>	<b>-,199**</b>

O total do ECPAD apresenta uma correlação inversa, baixa mas significativa, com saúde física e saúde psicológica. Correlaciona-se moderadamente com a

EMP\_Total e o PAO. O coeficiente da correlação com o PSP, apesar de baixo em magnitude também é significativo. As correlações com o *Otimismo/Pessimismo* são baixas e significativas, negativas com o primeiro e positivas com o segundo. O total da ESPAD correlaciona-se positiva e negativamente, apesar do coeficiente ser de baixa magnitude, com a Escala de Ocultação Pessoal-12 (incluindo os itens de ocultação pessoal relacionada com a saúde), e com a *Ocultação pessoal – Saúde* (soma dos itens 11 e 12, especificamente relacionados com a saúde). Já com o total da EOP-10 e com a dimensão *Guardar segredos*, o coeficiente de correlação, apesar de atingir a significância é muito baixo.

A dimensão *Comportamento de saúde e de procura de ajuda* (CSPA) apresenta coeficientes de correlação significativos e de baixa magnitude com a perceção de saúde, sendo a direção inversa com a Saúde física e direta com a Saúde psicológica. Correlaciona-se positiva e moderadamente com o EMP total e com o PAO. O coeficiente de correlação com o PSP, apesar de baixo, também é significativo. O CSPA correlaciona-se negativamente com a EPO-10 e com a EPO-12; o coeficiente de correlação, apesar de atingir a significância, é baixo. Já com a dimensão *Ocultação pessoal* incluindo saúde e com a *Ocultação pessoal-saúde*, existe uma correlação negativa, cujo coeficiente de correlação é baixo.

A dimensão *Saúde e preocupação* (SP) apresenta uma correlação negativa, de elevada e moderada magnitude, respetivamente, com a Saúde física e a Saúde psicológica. Com o EMP\_Total correlaciona-se positiva e moderadamente. Com as dimensões do Perfeccionismo PSP e POO mostra uma correlação positiva, significativa e moderada; com o PAO a correlação é baixa. As correlações da SP com o *Otimismo/Pessimismo* são moderadas e significativas (negativa com a primeira e positiva com a segunda). A SP correlaciona-se positiva e moderadamente com a EPO-10 e com a

dimensão *Guardar segredos*. As correlações com a EPO-12 e com a *Ocultação pessoal – saúde* são positivas e de baixa magnitude. Já com a *Ocultação pessoal incluindo saúde*, a SP correlaciona-se moderada e positivamente.

A dimensão *Comportamento de doença* (CD) apresenta uma correlação inversa, baixa, mas significativa com o EMP\_Total. Correlaciona-se negativamente com o PSP e com o POO, com magnitudes de correlação baixa e moderada, respetivamente. Com o *Otimismo*, mostra uma correlação negativa, baixa, mas significativa. Já com a EPO-12, a *Ocultação pessoal incluindo a saúde* e a *Ocultação pessoal – Saúde*, apresenta uma correlação inversa, apesar de baixa.

**Tabela 4: Correlações entre as dimensões de Ocultação Pessoal e Perceção de saúde, Perfeccionismo, Otimismo/Pessimismo**

	SCS_SAUDE1 0 Escala de Ocultação Pessoal -10	SCS_SAUDE1 0_11_12 Escala de Ocultação Pessoal -12	SCS_F1_KS Guardar segredos	SCS_F2_PC Ocultação pessoal, incluindo saúde	SCS_11_12 Ocultação pessoal- saúde
SF1 Saúde física	-,183**	-,138**	-,183**	-,170**	-,138**
SP2 Saúde psicológica	-,322**	-,270**	-,303**	-,337**	-,270**
EMP_s_Total	,213**	,178**	,211**	,197**	,178**
PAO Perf. Auto- Orientado	,108*	,041	,117**	,057	,041
PSP Perf. Socialmente Prescrito	,254**	,232**	,243**	,258**	,232**
POO Perf. Orientado para os Outros	,146**	,233**	,139**	,215**	,233**
OP2_1 Otimismo	-,251**	-,105*	-,229**	-,206**	-,105*
OP2_2 Pessimismo	,289**	,120**	,260**	,241**	,120**

A EOP-10 e a EOP-12 apresentam um padrão de correlações muito semelhante. Sendo assim, serão resumidas em conjunto, com ressalvas nas pequenas diferenças entre elas. Ambas apresentam uma correlação inversa e significativa com a Saúde física e com a Saúde psicológica, sendo que a magnitude do coeficiente de correlação na primeira é baixo e na segunda, que inclui os itens especificamente relacionados com saúde, é moderado. Com o EMP\_Total, correlacionam-se positivamente, sendo que esta correlação é moderada com a EOP-10 e baixa com a EOP-12. O PAO apresenta uma correlação significativa, positiva e baixa com a EOP-10 (com a EOP-12 não é significativo) Com o PSP, existe uma correlação positiva, moderada e significativa com a EOP-10 e com a EOP-12. Já com o POO, correlacionam-se positivamente, tendo a escala 10 uma baixa magnitude de coeficiente de correlação, enquanto a escala 12 tem uma magnitude moderada. As correlações com o *Otimismo / Pessimismo* são significativas, negativas para o *Otimismo* e positivas para o *Pessimismo*. Em relação à magnitude do coeficiente de correlação é moderado para ambos os constructos em relação à Escala 10 e baixo em relação à Escala 12.

A dimensão *Guardar segredos* correlaciona-se inversamente com a Saúde física e com a Saúde psicológica, sendo que a magnitude do coeficiente de correlação na primeira é baixo e na segunda é moderado. As correlações com o *Otimismo / Pessimismo* são moderadas e significativas, negativas com o primeiro e positivas com o segundo.

A dimensão *Ocultação pessoal incluindo saúde* apresenta uma correlação negativa com a Saúde física e com a Saúde psicológica, sendo que a magnitude do coeficiente de correlação é baixo na primeira e moderado na segunda.

A dimensão *Ocultação pessoal – Saúde* apresenta correlação negativa com a Saúde física e com a Saúde psicológica, sendo que a magnitude do coeficiente de correlação é baixo na primeira e moderado na segunda.

Também para estas duas dimensões, as correlações com o *Otimismo / Pessimismo* são moderadas e significativas, negativas com o primeiro e positivas com o segundo.

### **Regressão e mediação**

Recorremos à análise de Regressão Linear Múltipla (RLM) para averiguar quanta da variância das variáveis dependentes (VD) (ECPAD e suas dimensões: Comportamento de saúde e de procura de ajuda, Saúde e preocupação, Comportamento de doença) pode ser explicada pelo conjunto das variáveis independentes (VIs) correlacionadas, ou seja variáveis relacionadas com a Perceção de Saúde e com a Personalidade: *Perfeccionismo, Otimismo/Pessimismo, Ocultação pessoal*.

Nos modelos de regressão inserimos apenas as variáveis correlacionadas com as VDs e, quando se verificava multicolinearidade (coeficientes de correlação superiores a .70 entre duas ou mais VIs) dentro de cada grupo (dimensões de perfeccionismo, dimensões de AO) seleccionámos a dimensão com o coeficiente de correlação mais elevado.

### **VD: ECPAD\_Total**

O modelo<sup>a</sup> explica 16.2% da variância da VD ( $R^2=.162$ ;  $p <.001$ ) e os preditores significativos foram:

- Saúde física ( $\beta=-.182$ ;  $p <.001$ )
- PAO ( $\beta=.209$ ;  $p <.001$ )
- *Ocultação pessoal – Saúde* ( $\beta=-.225$ ;  $p <.001$ )

Controlando a saúde física, através de regressão linear múltipla hierárquica, o PAO e a *Ocultação pessoal – Saúde* continuam a explicar as pontuações na VD (8.6%,  $p <.001$ ).

A *Ocultação pessoal – Saúde* não é mediador da relação entre PAO e a VD (IC 95%: -.0243-.0106).

### **VD: Comportamento de saúde e de procura de ajuda**

O modelo<sup>b</sup> explica 12.6% da variância da VD ( $R^2=.126$ ;  $p <.001$ ). Foram preditores significativos:

- PAO ( $\beta=.288$ ;  $p <.001$ )
- *Ocultação pessoal – Saúde* ( $\beta=-.430$ ;  $p <.001$ )

---

<sup>a</sup> Variáveis inseridas no modelo: Saúde física, Saúde psicológica, PAO, PSP, Otimismo, Pessimismo, Guardar segredos e *Ocultação pessoal – Saúde*.

<sup>b</sup> Variáveis inseridas no modelo: PAO, PSP e *Ocultação pessoal – Saúde*.

*A Ocultação pessoal – Saúde* não é mediador da relação entre PAO e a VD (IC 95%: -.0181-.0069).

### **VD: Saúde e preocupação**

O modelo<sup>c</sup> explica 27.7% da variância da VD ( $R^2=.277$ ;  $p < .001$ ), sendo os preditores significativos:

- Saúde física ( $\beta=-.252$ ;  $p < .001$ )
- PSP ( $\beta=.188$ ;  $p < .001$ )
- PAO ( $\beta=.117$ ;  $p=.005$ )
- *Pessimismo* ( $\beta=.147$ ;  $p=.003$ )
- *Guardar segredos* ( $\beta=.219$ ;  $p < .001$ )

Controlando a Saúde física, o bloco constituído por PSP, PAO e *Guardar segredos* continua a explicar as pontuações na VD (15.3%,  $p < .001$ ).

*Guardar segredos* é mediador da relação entre PSP e a dimensão *Saúde e preocupação* (IC 95%: .0353 - .1201), bem como da relação entre PAO e esta VD (*Saúde e preocupação*) (IC 95%: .1116 - .3230).

---

<sup>c</sup> Variáveis inseridas no modelo: PAO, PSP, POO, Otimismo, Pessimismo, Guardar segredos e Ocultação pessoal incluindo Saúde.



### **VD: Comportamento de doença**

O modelo<sup>d</sup> explica 12.3% da variância da VD ( $R^2=.123$ ;  $p <.001$ ), com os seguintes preditores significativos:

- POO ( $\beta=-.283$ ;  $p <.001$ )
- *Otimismo* ( $\beta=-.078$ ;  $p=.05$ )
- *Ocultação pessoal- saúde* ( $\beta=-.126$ ;  $p=.003$ )

*Ocultação pessoal-saúde* é mediador da relação entre (baixo) POO e a VD (*Comportamento de doença*) (IC 95%:  $-.0243$ - $.0106$ ), assim como da relação entre esta e *Pessimismo* (IC 95%:  $-.0808$  a  $-.0122$ ).

---

<sup>d</sup> Variáveis inseridas no modelo: PSP, POO, Otimismo e Ocultação pessoal- saúde

## DISCUSSÃO

Relembramos que o objetivo deste trabalho consistiu em analisar a relação entre o CPAD e os traços de personalidade Otimismo, Pessimismo, Perfeccionismo e Ocultação-pessoal (*self-concealment*). Especificamente tentámos perceber se a ocultação pessoal seria um mediador da relação entre o perfeccionismo e o CPAD.

Para concretizar estes objetivos foi necessário começar por validar a versão preliminar da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD; Macedo & Pereira, 2014)<sup>32</sup> e a versão traduzida e adaptada Escala de Ocultação Pessoal (Self-Concealment Scale; Larson & Chastain, 1990)<sup>34, 35</sup>. É por estes objetivos secundários que iniciaremos a discussão.

Ambos os instrumentos mostraram boa fidelidade e validade, podendo vir a ser úteis para aplicações clínicas e de investigação, embora seja necessário estudar a sua estabilidade temporal. Será mais difícil a avaliação da sua validade concorrente, pois não existem outros instrumentos que avaliem os constructos medidos por estes. Daí a necessidade de desenvolver a ECPAD e a versão adaptada da EOP relacionada com a saúde. Estes foram, de resto, importantes pontos fortes deste trabalho.

A procura de ajuda resulta de uma convergência de múltiplos fatores. Zola (1973)<sup>37</sup> reforça esta ideia, descrevendo cinco fatores que influenciam o CPA: a disponibilidade de assistência médica, os recursos financeiros do doente, o fracasso ou sucesso dos tratamentos anteriores, o modo como as pessoas à sua volta percebem o problema e o modo como o doente percebe o problema. O interesse do nosso instrumento é focar-se não em condicionantes externas do CPA, que são mutáveis, mas antes em elementos internos – i.e. características estruturais e como tal consistentes e estáveis do indivíduo, como são os traços de personalidade, que por sua vez,

influenciam os esquemas cognitivos por meio dos quais o indivíduo avalia a sua saúde física e psicológica. Assim, o instrumento que desenvolvemos foca-se predominantemente na percepção que o doente tem dos seus problemas, permitindo avaliar a implicação destes ao nível do comportamento de doença e do comportamento de saúde.

O modo como o doente percebe o seu estado de saúde/doença é influenciado principalmente pela sua personalidade. De um modo geral, os estudos que se debruçam sobre esta relação, têm-se centrado predominantemente nos *Big -five*.

Num estudo com enfoque numa população com depressão, o CPA foi positivamente associado a idade avançada, elevado nível de literacia, maior percepção de apoio social, abuso na infância, altos níveis de conscienciosidade e baixos níveis de resiliência, sendo que esta última mostrava uma robusta associação inversa com o CPA. Pelo contrário, o género, a extroversão, a abertura à experiência, a amabilidade, o neuroticismo e a alexitimia, não eram preditores da procura de ajuda.<sup>7</sup>

Num estudo ainda mais recente, que pesquisou os fatores que levam os jovens a procurar ajuda na saúde mental, mostrou que um alto nível de extroversão é um bom preditor de procura de ajuda, assim como um baixo suporte social.<sup>8</sup>

Um estudo realizado com universitários mostrou que os traços de extroversão, amabilidade e abertura à experiência foram preditores significantes do CPA. Para além disso, o neuroticismo e a conscienciosidade estavam significativamente correlacionadas com o CPA.<sup>9</sup>

Um outro estudo sobre Procura/Evitamento de ajuda em alunos do secundário mostrou uma relação significativa e positiva entre CPA e a conscienciosidade, a

extroversão, a abertura para a experiência, a amabilidade e neuroticismo. Este último traço foi o melhor preditor para o evitamento de procura de ajuda.<sup>10</sup>

Podemos ainda referir um estudo, também realizado com estudantes universitários, que revelou que o neuroticismo, mas não a extroversão, era moderador da relação entre o estigma e o CPA.<sup>11</sup>

Parece pois que, apesar de alguns achados contraditórios, são precisamente os traços mais relacionados com o perfeccionismo<sup>38</sup> que mais se associam ao CPAD.

De um modo geral, os resultados foram bastante elucidativos e as diversas análises foram consistentes ao ponto de podermos retirar conclusões robustas, as quais passamos a discutir.

Como seria de esperar, o total da Escala de Comportamento e Procura de Ajuda e Doença Total (ECPAD) correlacionou-se significativamente com a perceção de Saúde física e Saúde psicológica, bem como as dimensões de Preocupação com a Saúde de Comportamento de Doença. Especificamente, pessoas com pontuações mais elevadas nestas dimensões têm a perceção de que a sua saúde é pior.

Quanto à relação dos constructos avaliados pela ECPAD com o perfeccionismo, as relações que mais se destacam foram do PAO e PSP, tanto com o total da escala como com Comportamento de saúde e de procura de ajuda. PSP e POO relacionaram – se com a Preocupação com a Saúde de forma positiva e com o Comportamento de Doença de forma negativa. A associação positiva do PSP com a Preocupação com a saúde seria de esperar, pois o Perfeccionismo negativo associa-se à preocupação de um modo geral<sup>39</sup>, bem como com a ansiedade (sintomas e perturbações), que, por sua vez, se caracteriza por elevados níveis de antecipação negativa<sup>40, 41, 42</sup>. Já a associação

negativa com o POO é mais difícil de interpretar, carecendo de ser confirmada em estudos futuros.

Quanto às relações com Otimismo e Pessimismo, apresentaram-se negativas com o primeiro e positivas com o segundo, o que seria expectável, mostrando que pessoas com expectativas mais positivas em relação ao futuro tendem a adiar mais a procura de ajuda, a preocupar-se menos com a saúde e a envolver-se menos em comportamentos de doença.

As relações com as diversas medidas da Ocultação pessoal mostraram também que quanto maior a tendência da pessoa para não revelar aspetos que considera menos positivos acerca de si própria, menos comportamentos de procura de ajuda e de doença manifestará, não obstante preocupar-se com a sua saúde. Note-se que as relações da Ocultação pessoal com a Preocupação com a saúde foram sempre significativamente positivas.

Confirmámos que a Ocultação pessoal se relaciona positivamente com o perfeccionismo<sup>27</sup>, principalmente com o PSP, que é a dimensão mais relacionada com a preocupação acerca do julgamento dos outros e da perceção de aceitação condicional<sup>16</sup>. Nesta linha, também as relações negativas com o otimismo e positivas com o pessimismo, mostram a natureza negativa da Ocultação pessoal. De futuro será pois interessante continuar a estudar o papel deste traço de personalidade não apenas no comportamento de procura de ajuda, mas também com outros *outcomes* de patologia física e psicológica, até por que as relações com a perceção de saúde foram também negativas e significativas, de magnitude mais elevada com a saúde psicológica.

Foi com as análises de regressão que aprofundámos a compreensão do papel de todas estas variáveis de personalidade para o CPAD, pois foi controlado o papel da

perceção de saúde. Assim, globalmente, as variáveis com mais poder explicativo foram o PAO e o PSP e a reduzida ocultação de saúde. No entanto, tanto para o total da ECPAD como para o Comportamento de saúde e de procura de ajuda não se confirmou a nossa hipótese de que a Ocultação pessoal seria mediador da relação entre o perfeccionismo e o comportamento de procura de ajuda. Já na explicação da dimensão Saúde e preocupação, também composta por itens relacionados com o CPA, a dimensão de ocultação pessoal Guardar segredos foi um mediador da relação daquela com o PSP e com o POO. Também no sentido de confirmar a nossa hipótese surgiu o achado de que a Ocultação pessoal-saúde é mediador da relação entre (baixo) POO e Comportamento de doença, assim como do (baixo) Otimismo com o Comportamento de doença.

Estes achados são relevantes e remetem-nos para o alerta lançado pelo único estudo, para além do nosso, onde foram analisados, conjuntamente, o Perfeccionismo e a OP.<sup>27</sup> Também neste a OP e o PSP encontravam-se significativamente relacionados, o que levou a autora a sublinhar que estes traços, em conjunto, podem contribuir para maior perturbação emocional e diminuir a possibilidade de recuperação por evitamento do tratamento (neste caso de depressão).<sup>27</sup> Com o presente estudo, mostramos isso mesmo e acrescentamos ainda que o baixo otimismo tem também implicações neste importante *outcome* de saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de aproveitar este segmento para agradecer a todos aqueles que tornaram este trabalho possível.

Em primeiro lugar agradeço aos colegas de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por toda a colaboração na distribuição dos inquéritos e na informatização da base de dados.

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo pela oportunidade de integrar um dos projetos do Serviço de Psicologia Médica e pela responsabilidade de o fazer.

Mas os meus maiores agradecimentos vão para a Doutora Ana Telma Pereira, por toda a ajuda, disponibilidade e paciência que sempre teve para comigo. Ao longo desde último ano e meio, depois de muitas horas no Serviço de Psicologia Médica, considero-a não só uma excelente profissional, como uma amiga.

Por último, agradeço à minha família, porque de uma maneira ou de outra, nada disto seria possível sem eles.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mechanic, David. "The concept of illness behavior." *Journal of chronic diseases* 15.2 (1962): 189-194.
2. Mechanic, David. "The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition." *Psychological Medicine* 16.01 (1986): 1-7.
3. Cornally, Nicola, and Geraldine McCarthy. "Help-seeking behaviour: A concept analysis." *International journal of nursing practice* 17.3 (2011): 280-288.
4. Ayers, S., & De Visser, R. (2010). *Psychology for medicine*. Sage.
5. Mechanic, David. "Sociological dimensions of illness behavior." *Social Science & Medicine* 41.9 (1995): 1207-1216.
6. Shaw, Chris. "A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence." *Journal of Clinical Nursing* 10.1 (2001): 15-24.
7. Schomerus, Georg, et al. "Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 48.11 (2013): 1809-1817.
8. O' Connor, P. J. , Martin, B. , Weeks, C. S. , Ong, L. , (2014) Factors that influence young people's mental health help-seeking behavior : a study based on the Health Believe Model, *Journal of Advanced Nursing* 70 (11), 2577-2587
9. Atik, G. , Yaltyn, I. , Help-seeking attitudes of university students: the role of personality traits and demographic factors, *South African Journal of Psychology*, 41(3), 201 I , pp. 328-338
10. Golestaneh, S. M. , Askari, F. , Help-Seeking or Help Avoidance: Important Motivational, Personality and Metacognitive Antecedents Role in Help Seeking



- and Help-Avoidance between Normal and Gifted Students, European Online Journal of Natural and Social Sciences 2013; Vol.2, No.3 Special Issue on Accounting and Management.
11. Miller, Phillip James. "Personality as a potential moderator of the relationship between stigma and help-seeking." (2009).
  12. Friedman, Howard S., and Margaret L. Kern. "Personality, Well-Being, and Health\*." *Psychology* 65.1 (2014): 719.
  13. Macedo A., Marques M., Pereira A.T. (2014). Perfectionism, cognition and psychological distress. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1-6.
  14. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, pp. 449 – 468.
  15. Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61-68.
  16. Macedo, A., coordenador (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia. Lisboa: Lidel.
  17. Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109 – 1120.
  18. Chang E.C., Sanna L.J. (2001). Negative attributional style as a moderator of the link between perfectionism and depressive symptoms: Preliminary evidence for an integrative model. *Journal of Counseling Psychology*. 48:490–495.

19. Strunk, D. R., Lopez H., DeRubeis, R.J. (2006). Depressive Symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. *Behaviour Research and Therapy*. 44(6): 861-82.
20. Wilson G. S., Raglin, J. S., Pritchard, M. E. (2002). Optimism, pessimism and precompetition anxiety in college athletes. *Personality & Individual Differences*, 32, 893-903.
21. Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychology and Aging*, 7, 367–375.
22. Iwanaga M., Yokoyama H., Seiwa H. (2004) Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, Vol. 36, pp. 11-22.
23. Chang, E.C. (2009). An Examination of Optimism, Pessimism, and Performance Perfectionism as Predictors of Positive Psychological Functioning in Middle-Aged Adults: Does Holding High Standards of Performance Matter Beyond Generalized Outcome Expectancies? *Cognitive Therapy and Research*, 33, pp. 334–344.
24. Daniela Pimenta Silva (2015). Optimismo/Pessimismo, Perfeccionismo e Stresse. Tese de Mestrado Integrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
25. Wang, Jing, Ling Qi, and Lijuan Cui. "The mediating effect of personality traits on the relationship between self-concealment and subjective well-being." *Social Behavior and Personality: an international journal* 42.4 (2014): 695-703.
26. Williams, Charlotte J., and Mark Cropley. "The relationship between perfectionism and engagement in preventive health behaviours: The mediating

- role of self-concealment." *Journal of health psychology* 19.10 (2014): 1211-1221
27. DeRosa, T. (2000) Personality, Help-Seeking Attitudes, and Depression in Adolescents. (tese)
28. Kelly, A.E., & Achter, J.A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42,40-46.
29. Silva D., Pereira A.T., Araújo A, Soares MJ, Macedo A. (2014). Validação portuguesa do LOT-R como medida bidimensional de otimismo e pessimismo. Poster aceite para apresentação no V Fórum Boas Práticas em Saúde Mental, 23-25 de Outubro, Coimbra
30. Soares M.J., Pereira A.T., Araújo A, Silva D., Valente J., Nogueira V., Roque C., Macedo A. (2015). The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and Convergent Validity. Poster aceite para apresentação no EPA 2016
31. Soares MJ, Pereira AT, Marques M, Bos S, Valente J, Nogueira V, Roque C, Madeira N, Macedo A (2013). Are lifetime self-reported health (srh), sleep difficulties, and negative affect correlates of suicidal ideation in pregnancy and postpartum? *European Psychiatry* 28, S1
32. António Macedo, Mariana Costa, Maria João Soares, Nuno Madeira, Ana Telma Pereira (2016). Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. Abstract submetido ao 18th European Conference on Personality (ECP 18), West University of Timisoara (Romania), July 19th to July 23rd, 2016.
33. Almeida, L.S., & Freire T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Braga: Psiquilíbrios.

34. Larson, Dale G., and Robert L. Chastain. "Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications." *Journal of Social and Clinical psychology* 9.4 (1990): 439.
35. Costa M., Pereira A.T., Soares M.J., Azevedo J., Macedo A. (2016). Self-concealment scale: validation of two portuguese versions. Poster aceite para apresentação no EPA 2016
36. Preacher, K., Hayes, A. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 717-731.
37. Zola, Irving Kenneth. "Pathways to the doctor—from person to patient." *Social Science & Medicine* (1967) 7.9 (1973): 677-689.
38. Stoeber, Joachim, Kathleen Otto, and Claudia Dalbert. "Perfectionism and the Big Five: Conscientiousness predicts longitudinal increases in self-oriented perfectionism." *Personality and Individual Differences* 47.4 (2009): 363-368
39. A. Macedo, M.J. Soares, A.P. Amaral, V. Nogueira, N. Madeira, C. Roque, M. Marques, B. Maia, S. Bos, Valente, J., **Pereira A.T.** (2014). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 220-224.
40. Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences*, 53(6), 774-778.
41. O'Connor, Daryl B., Rory C. O'Connor, and Rachel Marshall. "Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination." *European Journal of Personality* 21.4 (2007): 429-452.

42. Short, Megan M., and Dwight Mazmanian. "Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness." *Personality and Individual Differences* 55.6 (2013): 716-721.

**ANEXO 1- Abstract do Poster a apresentar no 24th  
EPA 2016 e confirmação de aceitação.**

## SELF-CONCEALMENT SCALE: VALIDATION OF TWO PORTUGUESE VERSIONS

Mariana Costa<sup>1</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2</sup>, Maria João Soares<sup>2</sup>, Julieta Azevedo<sup>1</sup>, António Macedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introduction:** Self-Concealment Scale (SCS) is composed of ten items to measure self-concealment, defined as a tendency to conceal from others personal information that one perceives as distressing or negative (Larson & Chastain, 1990).

**Objective:** To investigate the psychometric properties of the SCS-10 Portuguese version and of an adapted version containing two additional items specifically focused on self-concealment related do health problems (physical and psychological) – SCS-12.

**Methods:** The Portuguese version of the SCS-12 and other validated questionnaires designed to evaluate self-reported health, perfectionism and optimism-pessimism were administered to a convenience sample of 555 adults from the community (60.5% females; mean age=43.49 ±10.565).

**Results:** The SCS-10 and SCS-12 Cronbach's alphas were  $\alpha < .80$ . In both versions, all the items contribute to the internal consistency. The factor analysis, following the Kaiser and the Cattell's Scree Plot criteria, revealed that SCS-10 is unidimensional and that SCS-12 reliably and validly evaluates two dimensions: F1 *Keeping secrets* (Explained variance=48.60%;  $\alpha = .816$ ), F2 *Personal concealment including health problems* (9.65%;  $\alpha = .797$ ). The pattern of correlations of the SCS dimensional and total scores was as follow: negative low correlations with physical health ( $\cong -.20$ ), negative moderate correlations with psychological health ( $\cong -.30$ ), moderate correlations with self-oriented perfectionism, social-prescribed perfectionism, pessimism ( $\cong .25$ ) and optimism ( $\cong -.20$ ).

**Conclusions:** The Portuguese versions of SCS have good reliability and validity (construct and convergent-divergent). The factorial structure partially overlaps with the original. SCS could be useful for research proposes, namely in an ongoing project on the role of the mentioned personality traits on illness and health behavior.

Google

34<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry (EPA 2024), Madrid, Spain, 12-15 March 2024

Abstract Number: 1219 (to be displayed on the abstract book and on the program)

Abstract Title: **Self-Compassion Scale: Validation of Two Portuguese Versions**

Abstract Number: 1219 (to be displayed on the abstract book and on the program)

Abstract Title: **Self-Compassion Scale: Validation of Two Portuguese Versions**

**Dear Alex Tavares Pereira,**

On behalf of the Scientific Programme Committee, we confirm that your abstract has been selected for an **e-Poster Walk** at the EPA 2024 congress program in Madrid, Spain, 12-15 March 2024.

Please [CLICK HERE](#) for instructions for **e-Poster Walk** presentations.

Each e-Poster Walk session is allowed to have about 18+ poster presentations of about **2 minutes each**. Please be sure to keep to these specifications.

**These e-Posters do not require printing or production of materials – as your work will be presented electronically.**

**Scheduling Information**

For your session and presentation scheduling information, please click on the link below:  
<http://doi.org/10.1017/S0022296824000000>

**CONFIRMATION OF ATTENDANCE AND REGISTRATION TO THE CONGRESS**

The presenting author must confirm his/her attendance and register for the congress:

- If you have not already registered and paid your registration fees you are requested to do so online via the [Registration](#) link.

**Only attendees of participants who have registered and paid their registration fees by 28 January 2024 will be published in the Congress Final Programme, mobile application and in an electronic supplement of EUROPEAN PSYCHIATRY, the official journal of the European Psychiatric Association published by Elsevier.**

- We also encourage you to book your accommodation promptly, as availability may be limited in some hotels. [Click here](#) for more information on available hotels for the Congress.

Please do not let the congress website register at <http://www.eurocongress2024.com> for any updates or changes to the Scientific Programme.

**ADDITIONAL INFORMATION**

For technical questions regarding your abstract submission please contact [abstract@epa2024.com](mailto:abstract@epa2024.com)



**ANEXO 2 – Distribuição das categorias  
profissionais.**

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a Classificação portuguesa das profissões (Prodata, 2010)	
	N (%)
PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS	2 (0,4%)
REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRETORES E GESTORES EXECUTIVOS	21 (3,8%)
ESPECIALISTAS DAS ATIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS	164 (30,0%)
TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO	45 (8,2%)
PESSOAL ADMINISTRATIVO	58 (10,6%)
TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES	10 (1,8%)
AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA	1 (0,2%)
TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES	0
OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM	46 (8,4%)
TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS	104 (19,0%)
ESTUDANTES	13 (2,4%)
REFORMADOS	23 (4,2%)
DESEMPREGADOS	59 (10,8%)

## **ANEXO 3 – Inquéritos de autorresposta**

### COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA E DE DOENÇA E PERSONALIDADE

Data: \_\_/\_\_/201\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: Masculino  Feminino

Estado civil: Solteiro(a)  Casado(a)/Unido(a) de facto

Outro  \_\_\_\_\_

Em que país nasceu? \_\_\_\_\_

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

#### ECPAD

Para cada afirmação, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo. Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5
	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	1	2	3	4	5
2. No geral, sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	1	2	3	4	5
3. Quando ando mais "nervoso" ou "em baixo" não dou importância e espero que passe.	1	2	3	4	5
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	1	2	3	4	5
5. No geral, tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a "deixar andar".	1	2	3	4	5
7. No geral, considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	1	2	3	4	5
8. Tenho tendência a sentir-me mais "nervoso" ou "em baixo" do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	1	2	3	4	5
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	1	2	3	4	5
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	1	2	3	4	5
12. Geralmente, quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	1	2	3	4	5
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	1	2	3	4	5
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho ser precisa.	1	2	3	4	5
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	1	2	3	4	5
17. Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex: mamografia, nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex: colesterol elevado).	1	2	3	4	5

Por favor continue na página seguinte.

## MPS – H&F

A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente

6.	Um dos meus objetivos é ser perfeita/o em tudo o que faço .	1	2	3	4	5	6	7
10.	Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Raramente sinto o desejo de ser perfeita/o.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Faço tudo o que posso para ser tão perfeita/o quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Esforço-me para ser a/o melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
20.	De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
30.	As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida/o.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7
41.	As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1	2	3	4	5	6	7
43.	É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7

## OP2

A próxima pergunta tem a ver com optimismo. Os optimistas são pessoas que olham para o futuro com confiança e que a maioria das vezes esperam que aconteçam coisas boas. Como é que se descreve a si mesmo?

Em geral, em que medida é optimista? (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada optimista						Muito optimista
1	2	3	4	5	6	7

A próxima pergunta tem a ver com pessimismo. Os pessimistas são pessoas que ficam cheias de dúvidas quando olham para o futuro e que na maioria das vezes esperam que aconteçam coisas más. Como é que se descreve

Em geral, em que medida é pessimista? (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada pessimista						Muito pessimista
1	2	3	4	5	6	7

Por favor continue na página seguinte.

## SCS

Por favor leia com cuidado cada uma das seguintes afirmações e assinale a resposta que melhor corresponde ao seu grau de concordância usando a seguinte escala. Coloque um círculo à volta do número apropriado. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas.

1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo completamente

1. Tenho um segredo importante que não partilhei com ninguém	1	2	3	4	5
2. Se partilhar todos os meus segredos com os meus amigos, eles vão gostar menos de mim	1	2	3	4	5
3. Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim	1	2	3	4	5
4. Alguns dos meus segredos têm-me atormentado	1	2	3	4	5
5. Quando algo de mau me acontece, tenho tendência a guardar para mim	1	2	3	4	5
6. Com frequência, tenho receio de revelar alguma coisa que não quero que se saiba	1	2	3	4	5
7. Contar um segredo pode frequentemente ter consequências negativas, e levar a que me arrependa de o ter contado	1	2	3	4	5
8. Tenho um segredo que é tão privado que mentiria se alguém me perguntasse sobre ele	1	2	3	4	5
9. Os meus segredos são demasiado embaraçosos para serem partilhados com as outras pessoas	1	2	3	4	5
10. Tenho pensamentos negativos sobre mim próprio que nunca partilho com alguém	1	2	3	4	5
11. Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim	1	2	3	4	5
12. Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim	1	2	3	4	5

## SF-5P

Coloque um círculo à volta da resposta apropriada.

1. Em geral, como tem sido a sua saúde física?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
2. Em geral, como tem sido a sua saúde psicológica/mental?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa

Por favor continue na página seguinte.

**ESP**

As questões nesta escala dizem respeito aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Para cada questão, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao número de vezes que pensou ou sentiu dessa maneira.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes
1. No último mês, com que frequência se sentiu incomodado por algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	0	1	2	3	4
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e stressado(a)?	0	1	2	3	4
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante quanto à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0	1	2	3	4
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	0	1	2	3	4
6. No último mês, com que frequência achou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	0	1	2	3	4
7. No último mês, com que frequência tem sido capaz de controlar as coisas que o/a irritam na sua vida?	0	1	2	3	4
8. No último mês, com que frequência sentiu que tinha tudo sob controlo?	0	1	2	3	4
9. No último mês, com que frequência ficou irritado por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	0	1	2	3	4
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal forma que não conseguiria superá-las?	0	1	2	3	4
Pa. Sente que tem tido o apoio e ajuda de que necessita (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou outros)?	0	1	2	3	4
Pr. Procure recordar-se de acontecimentos de vida/problemas ocorrido(s) no último mês. Em que medida considera ter sido o causador desses acontecimentos/problemas?	0	1	2	3	4

Muito obrigada pela sua colaboração.

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

## **ANEXO 4 – Estudios psicométricos**



Para a concretização do objetivo geral deste trabalho, enunciado na Introdução, foi necessário realizar previamente os estudos psicométricos da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD; Macedo & Pereira, 2014) e da versão traduzida e adaptada da Escala de Ocultação Pessoal (*Self-Concealment Scale*; Larson & Chastain, 1990).

### **Estudo psicométrico da Versão portuguesa experimental da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença – ECPAD (Macedo & Pereira, 2014).**

Numa análise preliminar, qualitativa (de conteúdo) e quantitativa (correlação dos itens com o total corrigido), verificou-se que os itens 2, 3, 6, 12 e 14 são invertidos.

#### **Itens invertidos**

- 
2. No geral, sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.

---

  3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.

---

  6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.

---

  7. No geral, considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.

---

  12. Geralmente, quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.

---

  14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho ser precisa.

---

## **Fidelidade**

O coeficiente  $\alpha$  de consistência interna foi de .753, o qual pode ser considerado “muito bom” (Kline, 2000; DeVellis, 1998)<sup>1, 2</sup>, apontando para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens.

O poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 2003)<sup>3</sup>, dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes  $\alpha$  excluindo um a um os itens, indicam-se na Tabela 1. Esta mostra que todos os itens podem ser considerados “bons” itens, pois todos se correlacionam acima de .20 com o total (quando este não contém o item) (e.g. Pasquali, 2003)<sup>4</sup>, com coeficientes a variarem de .196 (item 8 Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em “baixo” do que as outras pessoas) a .577 (item 1 Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente). Além disso, todos os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o  $\alpha$  global.

**Tabela 1: Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes *alpha de******Cronbach* excluindo o item.**

<b>Itens</b>	<b>Correlação Item- Total Corrigido</b>	<b>Alfa excluindo o item</b>
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	.577	.721
2. No geral, sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	.290	.746
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	.343	.741
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	.500	.727
5. No geral, tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	.285	.746
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	.309	.744
7. No geral, considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	.289	.746
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	.196	.753
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	.281	.746
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	.337	.742
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.390	.737
12. Geralmente, quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	.332	.742
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.460	.733
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho ser precisa.	.227	.751
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	.209	.751
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico. amigos. livros. internet...).	.366	.739
17. Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex. mamografia. nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex. colesterol elevado).	.418	.735

## Validade de constructo

### Análise fatorial

Para a extração dos fatores guiámo-nos pelos **Crítério de Kaiser** (1958)<sup>5</sup> e do *scree test* de Cattell (Cattel, 1966)<sup>6</sup>. O primeiro determina que devemos excluir fatores com raízes latentes inferiores a um e o segundo estabelece que o número ótimo de fatores é obtido quando a variação da explicação entre fatores consecutivos passa a ser pequena (isto é, quando, através da observação do respetivo gráfico, deixa de haver declive ou quando há uma alteração brusca no declive).<sup>1, 7</sup> Além da consideração destes critérios, tentámos procurar um compromisso entre o número de fatores (que, a princípio, deve ser o menor possível) e a sua interpretabilidade (Artes, 1998)<sup>8</sup>. Seguindo a sugestão de Kline<sup>8</sup>, consideramos que os “pesos” (*loadings*) com valores  $\geq .30$  estão associados com o fator.

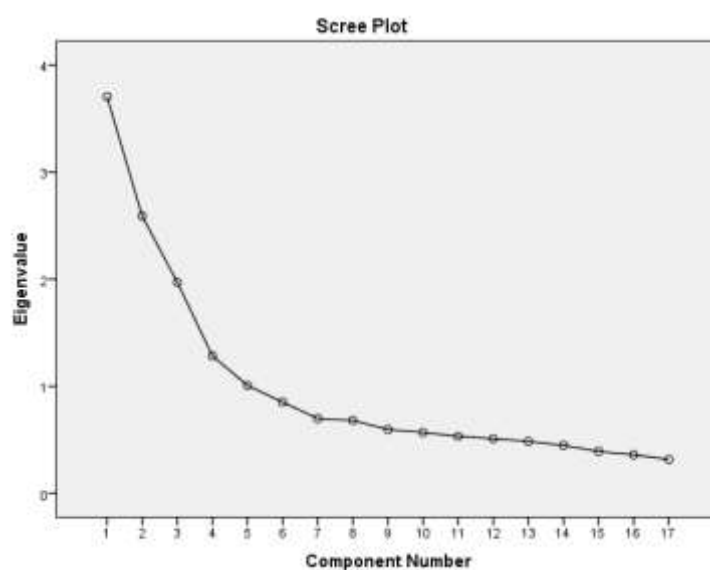
Antes de prosseguirmos com a análise fatorial, realizámos o teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, que são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a sabermos se é plausível realizar a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2003)<sup>9</sup>. Para o podermos fazer com segurança, o primeiro deve aproximar-se de um, sendo “bom” se for  $> .80$ , o que se verificou com a nossa amostra, em que KMO foi igual a  $.779$ ; o segundo deve levar a rejeitar a hipótese nula, o que também aconteceu com os nossos dados ( $p < .001$ ).

A primeira exploração da análise fatorial, efetuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um), resultou em **cinco componentes** com raízes

latentes superiores a um, estrutura com uma variância explicada de 62.090%. O gráfico correspondente ao *scree plot* de Catell apresenta-se em baixo (Figura 1).

Tendo-se verificado que a maioria dos itens nesta primeira exploração da estrutura fatorial apresentavam cargas fatoriais  $>.30$  em mais do que um fator, optámos por recorrer a um método de rotação ortogonal - a *rotação varimax*.

**Figura 1**



Perante a observação do *scree plot* e a interpretabilidade dos fatores, considerámos explorar as estruturas de **quatro** fatores e de **três** fatores, tendo-se-nos afigurado mais útil, parcimoniosa e representativa das facetas dos constructos a avaliar a estrutura composta por três fatores.

Os fatores 1, 2 e 3 explicam respetivamente 21.786%, 15.234% e 11.594%.

A tabela 2 corresponde à matriz fatorial obtida com os itens dispostos por ordem decrescente dos respetivos pesos no fator.

**Tabela 2: Matriz fatorial e respectivos pesos no ECPAD**

<b>Itens</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
17. Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex.: mamografia, nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex.: colesterol elevado).	<b>.732</b>	.038	-.003
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	<b>.722</b>	-.079	.158
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	<b>.692</b>	-.090	-.298
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	<b>.613</b>	.132	-.048
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	<b>.562</b>	.062	.179
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	<b>.540</b>	.387	.275
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	<b>.381</b>	.125	.131
<b>Comportamento de saúde e de procura de ajuda (<math>\alpha=.734</math>)</b>			
	.003	<b>.812</b>	-.027
7. No geral, considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	-.014	<b>.808</b>	.013
5. No geral, tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	-.017	<b>.705</b>	-.070
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	.328	<b>.553</b>	.258
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	.328	<b>.553</b>	.258
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	.244	<b>.416</b>	.172
<b>Saúde e preocupação (<math>\alpha=.726</math>)</b>			
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.*	-.032	.161	<b>.782</b>
2. No geral, sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.*	-.024	.106	<b>.711</b>
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.*	.088	.037	<b>.667</b>
12. Geralmente, quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.*	.438	-.307	<b>.533</b>
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho ser precisa.*	.331	-.319	<b>.457</b>
<b>Comportamento de doença (<math>\alpha=.682</math>)</b>			

Considerando os itens que apresentam o seu peso máximo no fator em causa os três fatores foram denominados respectivamente de:

F1: Comportamento de saúde e de procura de ajuda

F2: Saúde e preocupação

F3: Comportamento de doença

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total da ECPAD (Tabela 3) revela que estas são elevadas e significativas ( $p < .001$ ), variando de .602 (com o F3) a .771 (com o F1).

As correlações entre os fatores 1 e 2 e 1 e 3 são moderadas. O F2 e o F3 não se correlacionam significativamente.

**Tabela 3: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais - ECPAD**

Fatores	ECPAD	F1	F2
F1 Comportamento de saúde e de procura de ajuda	.771**		
F2 Saúde e preocupação	.656**	.247**	
F3 Comportamento de doença	.602**	.296**	NS

\*\*  $p < .01$

## **Estudo psicométrico da Versão portuguesa experimental da *Self-Concealment Scale* (Larson & Chastain, 1990; Costa, 2016).**

### **Fidelidade**

O coeficiente  $\alpha$  de consistência interna considerando os **10 itens originais** foi de .843.

Já considerando **além dos 10 itens originais, os dois itens especificamente relacionados com a saúde (itens 11 Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim e 12 Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim)** foi de .863.

Ambos são “muito bons” (Kline, 2000; DeVellis, 1998)<sup>1, 2</sup>, apontando para a coerência entre os itens e revelando que estes podem adicionar-se. O poder discriminativo ou validade interna dos itens indicam-se nas Tabela 4 (para 10 itens) e 5 (para 12 itens).

A Tabela 4 mostra que todos os itens podem ser considerados “bons”, pois todos se correlacionam acima de .20 com o total (quando este não contém o item) (e.g. Pasquali, 2003)<sup>4</sup>, com coeficientes a variarem de .252 (item 3 Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim) a .690 (item 9 Os meus segredos são demasiado embaraçosos para serem partilhados com as outras pessoas.). Além disso, todos os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o  $\alpha$  global.

A Tabela 5 revela também que todos os itens são “bons”, visto que se correlacionam acima de .20 com o total (quando este não contém o item) (e.g. Pasquali, 2003)<sup>4</sup>, com coeficientes a variarem de .246 (item 3 Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim) a .703 (item 9 Os meus segredos são demasiado embaraçosos para



serem partilhados com as outras pessoas.). Além disso, todos os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o  $\alpha$  global.

A correlação dos itens 11 e 12 com o total corrigido é respectivamente de .656 e .559 e ambos contribuem para o alfa global.

**Tabela 4: Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes *alpha de Cronbach* excluindo o item – SCS-10**

<b>Itens</b>	<b>Correlação Item- Total Corrigido</b>	<b>Alfa excluindo o item</b>
1. Tenho um segredo importante que não partilhei com ninguém	.644	.819
2. Se partilhar todos os meus segredos com os meus amigos, eles vão gostar menos de mim	.632	.823
3. Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim	.252	.821
4. Alguns dos meus segredos têm-me atormentado	.667	.818
5. Quando algo de mau me acontece, tenho tendência a guardar para mim	.639	.822
6. Com frequência, tenho receio de revelar alguma coisa que não quero que se saiba	.650	.821
7. Contar um segredo pode frequentemente ter consequências negativas, e levar a que me arrependa de o ter contado	.595	.825
8. Tenho um segredo que é tão privado que mentiria se alguém me perguntasse sobre ele	.654	.819
9. Os meus segredos são demasiado embaraçosos para serem partilhados com as outras pessoas	.690	.817
10. Tenho pensamentos negativos sobre mim próprio que nunca partilho com alguém	.615	.823

**Tabela 5: Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes *alpha de***

***Cronbach* excluindo o item – SCS-10**

<b>Itens</b>	<b>Correlação Item- Total Corrigido</b>	<b>Alfa excluindo o item</b>
1. Tenho um segredo importante que não partilhei com ninguém	.631	.847
2. Se partilhar todos os meus segredos com os meus amigos, eles vão gostar menos de mim	.632	.849
3. Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim	.246	.828
4. Alguns dos meus segredos têm-me atormentado	.657	.846
5. Quando algo de mau me acontece, tenho tendência a guardar para mim	.670	.846
6. Com frequência, tenho receio de revelar alguma coisa que não quero que se saiba	.665	.847
7. Contar um segredo pode frequentemente ter consequências negativas, e levar a que me arrependa de o ter contado	.597	.850
8. Tenho um segredo que é tão privado que mentiria se alguém me perguntasse sobre ele	.651	.846
9. Os meus segredos são demasiado embaraçosos para serem partilhados com as outras pessoas	.703	.844
10. Tenho pensamentos negativos sobre mim próprio que nunca partilho com alguém	.656	.846
11. Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim	.559	.853
12. Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim	.552	.853

**Validade de constructo**

**Análise fatorial – SCS-10**

Para a versão de 10 itens o KMO foi igual a .908 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < .001$ ).

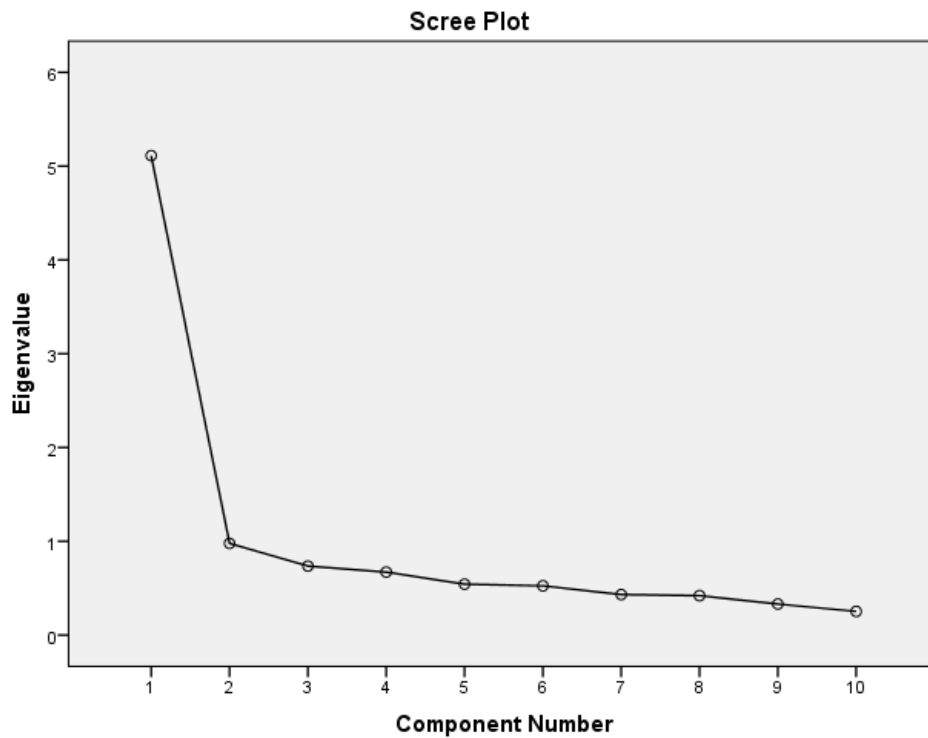
A primeira exploração da análise fatorial, efetuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um), resultou em apenas **um componente** com raízes

latentes superiores a um, **estrutura unidimensional** com uma variância explicada de 51.118%.

O gráfico correspondente ao *scree plot* de Catell apresenta-se em baixo (Figura 2).

Todos os itens apresentavam cargas fatoriais  $>.30$  no único fator.

**Figura 2: Scree plot de Catell – SCS-10**



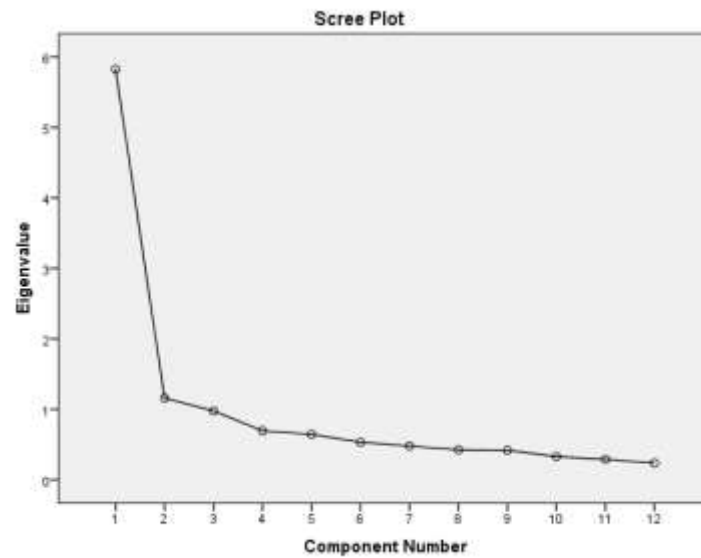
### **Análise fatorial – SCS-12**

Para a versão de 12 itens o KMO foi de .906 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p <.001$ ).

A primeira exploração da análise fatorial (sem rotação e sem definir o número de fatores) resultou **dois componentes** com raízes latentes superiores a um, cuja variância explicada foi respectivamente de 48.569% e de 9.649%.

O gráfico correspondente ao *scree plot* de Catell apresenta-se em baixo (Figura 3).

**Figura 3: *Scree plot* de Catell – SCS-12**



A tabela 6 corresponde à matriz fatorial obtida com os itens dispostos por ordem decrescente dos respetivos pesos no fator.

**Tabela 6: Matriz fatorial e respectivos pesos na SCS-12**

<b>Itens</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>
1. Tenho um segredo importante que não partilhei com ninguém	<b>.760</b>	.168
8. Tenho um segredo que é tão privado que mentiria se alguém me perguntasse sobre ele	<b>.752</b>	.249
4. Alguns dos meus segredos têm-me atormentado	<b>.735</b>	.267
9. Os meus segredos são demasiado embaraçosos para serem partilhados com as outras pessoas	<b>.704</b>	.404
2. Se partilhar todos os meus segredos com os meus amigos, eles vão gostar menos de mim	<b>.691</b>	.285
6. Com frequência, tenho receio de revelar alguma coisa que não quero que se saiba	<b>.605</b>	.459
7. Contar um segredo pode frequentemente ter consequências negativas, e levar a que me arrependa de o ter contado	<b>.603</b>	.319
3. Há muitas coisas pessoais/ sobre mim que guardo só para mim	<b>.375</b>	-.009
<b>F1: Guardar segredos (<math>\alpha=.797</math>)</b>		
12. Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim	.131	<b>.892</b>
11. Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim	.145	<b>.871</b>
10. Tenho pensamentos negativos sobre mim próprio que nunca partilho com alguém	.481	<b>.598</b>
5. Quando algo de mau me acontece, tenho tendência a guardar para mim	.505	<b>.552</b>
<b>F2: Ocultação pessoal, incluindo problemas de saúde (<math>\alpha=.816</math>) <math>\alpha</math> (ITEMS 11 e 12)=.831</b>		

Considerando os itens que apresentam o seu peso máximo no fator em causa os quatro fatores foram denominados respetivamente de:

F1: Guardar segredos (*Keeping secrets*)

F2: Ocultação-pessoal (*Personal concealment*)

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações totais das duas versões e os fatores da SCS-12 (Tabela 7) apresenta-se na tabela 7.

As correlações entre os fatores 1 e 2 e 1 e 3 são moderadas. O F2 e o F3 não se correlacionam significativamente.

**Tabela 7: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais - ECPAD**

	SCS-10	SCS-12	SCS-12_F1	SCS-12_F2	Item 11
SCS-10					
SCS-12	.549**				
SCS-12_F1	.987**	.492**			
SCS-12_F2	.755**	.899**	.667**		
Item 11	.510**	.954**	.459**	.826**	
Item 12	.504**	.926**	.448**	.840**	.711**

\*\* p<.01

### Referências bibliográficas

1. Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd Ed.). London and New York: Routledge.
2. DeVellis, FR (1991). *Scale development. Theory and applications*. Sage Publications, London.
3. Almeida, L.S., & Freire T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Braga: Psiquilíbrios.
4. Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

5. Kaiser H.F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrik*, 23, 187-200.
6. Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
7. Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London and New York: Routledge.
8. Artes, R. (1998). Aspectos estatísticos da análise factorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 8-17.
9. Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Lisboa: Edições Sílabo.